



FORMULARIO DE PAGO POR CUENTA PROPIA

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Número de cuenta del paciente: _____

Fecha: _____

- No tengo seguro médico y/o de visión para cubrir mi visita de hoy.
- Tengo seguro médico y/o de visión que Metrolina Eye Associates no acepta. He sido completamente informado y acepto que **no se presentará ningún reclamo a mi seguro por los servicios que elijo recibir como paciente que paga por mi cuenta.**
- Tengo seguro médico y/o de visión que requiere una remisión de seguro de mi PCP, que Metrolina Eye Associates no ha recibido. Elijo continuar con mi visita programada hoy, entiendo que no se enviará un reclamo a mi compañía de seguros y que soy totalmente responsable financieramente de los servicios prestados.
- Tengo un seguro médico que acepta Metrolina Eye Associates, pero elijo no haber presentado ninguna reclamación para esta condición específica a la compañía de seguros. Elijo ser personalmente responsable de todas las obligaciones de pago, relacionados con estos servicios. Entiendo que no se presentará ningún reclamo a mi compañía de seguros por los servicios que elegir ser visto como un paciente que paga por su cuenta.**
- Otro:

Entiendo que el pago total es mi responsabilidad y vence en la fecha en que los proveedores de Metrolina Eye Associates prestan los servicios. Entiendo que no se presentará un reclamo a mi compañía de seguros en una fecha futura bajo ninguna circunstancia por los servicios prestados.

Nombre del paciente (en letra de imprenta): _____

Firma del paciente (o del padre, si es niño): _____

Fecha: _____

Testigo del personal: _____